

健康保険出産手当金請求書

①被保険者記入用 (1/3)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 番号	被保険者 氏 名	生年月日	昭・平 年 月 日	
	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	※資格取得日から1年未満での出産手当金請求の場合は、健康保険加入履歴記入書の添付が必ず必要になります。		
	被保険者 住 所	〒 ー (電話 ー ー)				
	① 分娩のため 休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	分娩年月日 (分娩予定日)	令和 年 月 日 (令和 年 月 日)	出生児氏名	
	② うえの①に書いた 期間の部分の報酬 を受けましたか、又 は今後受けられま すか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	報酬の支払いを受け たとき、又は受けられ るときは、その報酬の額 とその報酬支出の基礎 となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として	円	
	入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	病 院 名 称 又 は 産 院 の 所 在 地			
	委 任 状 (受領を委任する ときのみ記入)	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)住 所 氏 名 代 理 人 住 所 氏 名				
	公 金 受 取 口 座		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 ←利用する場合は、情報連携にて口座情報確認後の入金となります。 利用しない場合は下記「③振込口座欄」を記入してください。)			
	③ 振 込 口 座 欄	振込の銀行名	銀 行 信用金庫	支店	令和 年 月 日提出 受 付	
		口 座 番 号	普通・当座			
	フリガナ					
	名義人氏名					

被保険者 注意事項

1. 出産出産手当金は女子被保険者が分娩のため事業所の勤務を休み、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は分娩の前が四十二日間(分娩の当日を含む)、分娩の後が五十六日間、を限度として支給されます。
2. ②欄は該当の文字を○で囲んでください。
3. ③欄は、被保険者(本人)又は委任をうけた代理人が受領する支払機関名とその口座番号・名義人等について記入してください。
4. ③欄は、被保険者(本人)又は委任をうけた代理人が受領する支払機関名とその口座番号・名義人等について記入してください。

健康保険出産手当金請求書

③医師・助産師記入用 (3/3)

注意事項 内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線および訂正印(証明者印)で抹消し、正しい内容をご記入ください。

医師 又は 助産師 が 記入 す る と こ ろ	分娩者氏名	
	分娩年月日	令和 年 月 日
	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	生産・死産の別 (※該当する文字に○をつけてください)	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	出生児の数 (※該当する文字に○をつけてください)	単胎 ・ 多胎 (児)
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 医療機関名 又は助産院名 職名() 氏 名 (電話 - -)	